
Contribution à l'Étude
de
l'Amputation spontanée
de l'Appendice

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 1^{er} avril 1935

PAR

Henri SIRÈRE

Né à Mèze, le 23 février 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Examineurs
de la thèse**

MM. MASSABUAU, professeur, *présdient*.
GRANEL, professeur.
GUIBAL, agrégé.
ROUX, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
Rue Jardin-Martel

1935

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE L'AMPUTATION SPONTANEE
DE L'APPENDICE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'Étude
de
l'Amputation spontanée
de l'Appendice

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 1^{er} avril 1935

PAR

Henri SIRÈRE

Né à Mèze, le 23 février 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs
de la thèse

MM. MASSABUAU, professeur, *président*.
GRANEL, professeur.
GUIBAL, agrégé.
ROUX, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
Rue Jardin-Martel

1935

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs	MM.
Anatomie	J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES, assesseur.
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU
Clinique des maladies mentales et nerveuses..	RICHE
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires.....	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Matière médicale (Ch. de c.)	VILLARD
Radiologie (Ch. de c.)	TERRACOL
Anatomie (Ch. de c.)	CABANNES
Histologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

Honorariat

Doyen honoraire: M. MAIRET

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, VALLOIS

FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de cours complémentaires

	MM.
Pathologie expérimentale	PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN ag. libre
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON

Agrégés en exercice

		MM.
Médecine	Chirurgie....	AIMES
		MOURGUE-MOLINES.
		GUIBAL
	Obstétrique..	ROUX
		COLL DE CARRERA
		CARRERE
	Bactériologie.	

Examineurs de la thèse

MM. MASSABUAU, prof., *présid.* | MM. GUIBAL, agrégé.
GRANEL, professeur. | ROUX, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni imputation.



A MA MERE

A MON PERE

Faible témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection,

A MES PARENTS

A TOUS CEUX QUE J'AIME

H. S.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

*qui nous a fait le grand honneur de pré-
sider notre thèse.*

A MON JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GRANEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ROUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GUIBAL

H. S.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'APPENDICE DE L'AMPUTATION SPONTANEE

INTRODUCTION

Le syndrome appendiculaire possède une expression clinique des plus caractéristiques: il n'est pas douteux, en effet, que les manifestations de la crise d'appendicite ou de ses complications péritonéales restent le plus souvent classiques et d'un diagnostic aisé.

Il existe cependant une complication qui, par sa rareté, par l'obscurité fréquente de son évolution clinique en faisant souvent une simple trouvaille opératoire, et, par suite, par la difficulté de son diagnostic, nous paraît intéressante à étudier: il s'agit de l'auto-amputation de l'appendice, représentant en quelque sorte le terme de l'inflammation et de la nécrose du segment appendiculaire.

La méconnaissance d'une telle amputation est bien compréhensible si l'on considère qu'elle se fait parfois à bas bruit et passe inaperçue ou que le plus souvent elle se manifeste en empruntant le tableau d'une simple crise d'appendicite ou de péritonite localisée, en péritoine bien défendu. Ce seront les cas où, une intervention chirurgicale immédiate n'ayant pas eu lieu, l'appendicectomie faite plus tard « à froid » courra le risque d'être incomplète. Le bout distal pourra se trouver caché dans les franges épiploïques ou les adhérences péritonéales cloisonnant l'inflammation.

Des récidives post-opératoires se produiront, qui, dans tous les cas, fausseront le diagnostic causal. Le médecin, se basant sur la notion d'une appendicectomie antérieure, se gardera automatique d'incriminer ou même de soupçonner l'appendice. Il s'exposera donc à coup sûr à une erreur de diagnostic et par suite à des tergiversations thérapeutiques et à des difficultés opératoires considérables.

D'autre part il existe des cas où l'éclatement brutal d'une péritonite généralisée commande l'intervention d'urgence. Les deux fragments de l'appendice amputé seront alors facilement retrouvés avec un bout distal plus ou moins altéré, libre dans la cavité péritonéale, ou, comme on le voit assez souvent, relié au fragment proximal par une bride cicatricielle.

Nous envisagerons tour à tour les causes, le mécanisme de cette auto-amputation, les différents signes cliniques dont elle s'accompagne et enfin la conduite à tenir suivant les cas.

ANATOMO-HISTO-PATHOLOGIE

Il convient dans ce chapitre, d'étudier d'abord par quel processus histologique l'amputation a pu être déterminée, d'envisager ensuite l'aspect des deux fragments, leurs rapports entre eux et enfin les différentes localisations du bout distal dans la cavité péritonéale.

L'histologie pathologique de l'appendicite perforante, étudiée spécialement par LETULLE et WEINBERG en 1897 nous explique le mécanisme du processus morbide aboutissant à l'amputation. Ces auteurs insistent sur le défaut de résistance de l'appendice à l'égard des agents morbides et sur la rareté des perforations de l'intestin en cas d'inflammation folliculaire aiguë par rapport à la fréquence des appendicites perforantes aiguës soit folliculaires, soit nécrosantes. Il n'est pas douteux que de telles appendicites puissent se terminer par auto-amputation.

La perforation appendiculaire se produirait de deux façons différentes :

1° Par appendicite folliculaire, secondaire elle-même à des lésions chroniques, qui évolue à la façon d'un ulcère simple perforant suivant un follicule.

2° Par appendicite nécrosante, caractérisée par sa diffusion et son extension illimitée, agissant soit par nécrose de coagulation ou par nécrose de momification, ou par nécrose sphacélique.

Il semble que ce soit cette deuxième forme qui, fatale-

ment, aboutisse à provoquer l'amputation complète. On a remarqué en effet, que la plaque gangréneuse était bien souvent annulaire. Il est donc logique d'admettre que ce soit ce sphacèle circulaire qui ait déterminé la rupture complète de l'appendice.

Voici, d'après LETULLE et WEINBERG, les dégâts histologiques que crée une telle nécrose de l'appendice.

« Toute trace d'organisation cellulaire a disparu. Le squelette conjonctif des tissus est encore reconnaissable. Au lieu de reconnaître en place et plus ou moins modifiées par l'inflammation, les cellules épithéliales de revêtement et les cellules cylindriques des tubes glandulaires, les cellules fixes de la gangrène intersticielle et les endothélium des vaisseaux, voire même les globules rouges, on n'aperçoit plus qu'un placard uniforme, terne, dans cette bande épaisse par exemple de 500 à 1.000 μ , tout s'est fondu en une masse compacte, presque anniste, méconnaissable. »

Comment se présente un tel appendice auto-amputé aux yeux du chirurgien? Quels sont les rapports des deux fragments entre eux et avec les organes voisins?

Tantôt les deux segments sont absolument libres de connexions entre eux (BERGER et SIMON: fragment appendiculaire libre flottant dans l'abcès péri-cœcal). Tantôt ils sont reliés entre eux par le méso-appendiculaire (Obs. n° 5) ou plus fréquemment par un ligament fibreux, sorte de cordon blanchâtre plus ou moins grêle et résistant, vestige de lésions appendiculaires oblitérantes ou sclérosantes et qui pourra être pris pour une sténose cylindrique congénitale (Observations n° 3 et 4).

Le siège de la solution de continuité entre les deux fragments influe sur leurs rapports. Il est évident qu'avec une rupture ayant eu lieu à la base de l'appendice, nous trouverons un méso conservé et reliant les deux fragments en-

tre eux, car à ce niveau il est large et bien vascularisé. Une rupture à la pointe aura, par contre, toutes les chances de libérer complètement le fragment distal.

L'aspect des deux fragments amputés est essentiellement variable suivant les cas et les circonstances dans lesquelles s'est faite l'amputation.

Le fragment proximal présentera une diminution de longueur qui passera souvent inaperçue. D'ailleurs, cette particularité ne saurait avoir une valeur pathognomonique. L'appendice ayant une longueur très variable suivant les sujets. Plus important sera l'aspect effilé ou en massue de ce fragment proximal ou sa consistance dure, scléreuse, due à son oblitération par un tissu cicatriciel disposé en traînées ou en étoile autour de la section. DELMAS, avec juste raison attache une grande importance à l'absence de la frange graisseuse qui se trouve normalement au bout de l'appendice.

Dans les cas d'amputation complète le fragment distal se fixe le plus souvent derrière le cœcum (Obs. n° 2: face cœcale postéro ext., obs. n° 4 et 2: face postérieure). Il peut être intra-péritonéal (Obs. de GRÉGOIRE, citée par DELMAS) ou sous-péritonéal (BONNEAU), derrière la transverse (LOUBAT et LATASTE), au contact du foie (VON FRIEDLANDER) ou contre la paroi antérieure (A la terminaison de la ligne blanche, VON FRIEDLANDER).

A côté des cas où le fragment distal a conservé des parois lisses et saines et par suite est d'une reconnaissance facile, le chirurgien se demandera souvent de quelle nature est ce fragment ainsi isolé dans la cavité péritonéale. Tantôt il se présentera à lui sous la forme d'un segment allongé, irrégulier, frangeux, sans surface reconnaissable, tantôt même sous l'aspect d'une fausse membrane flottant dans le pus d'un abcès péri-cœcal. Est-ce un ganglion? Est-ce bien

un fragment appendiculaire? Malgré une altération fréquente et parfois considérable des couches normales de l'appendice, un examen histologique tranchera le plus souvent la question, comme en témoignent les examens pratiqués dans nos observations.

PATHOGENIE

Quelles sont les causes déterminant l'amputation de l'appendice ?

Elles sont de deux sortes : *infectieuses* et *mécaniques*.

Les ulcérations de l'appendice reconnaissant pour cause le processus infectieux sont assurément les plus fréquentes. Nous avons vu plus haut comment l'inflammation ou les nécroses qu'il déterminait pouvait aboutir à la rupture complète du segment appendiculaire.

A côté de ces causes infectieuses, il existe des causes mécaniques, moins fréquentes, mais d'une existence pourtant incontestable. Elles agissent toutes par sclérose, déterminant un arrêt de nutrition en un point.

Les lésions d'appendicite chronique font très souvent des adhérences péri-cicatricielles qui, par tiraillement, pourront déterminer une rupture.

On a très souvent remarqué sur le méso appendiculaire ou sur l'appendice lui-même l'existence de brides acquises ou congénitales : ces brides pourront dans certains cas étrangler l'appendice et créer une sclérose atrophique par arrêt de la circulation se terminant par une amputation.

Le même processus sclérosant sera aussi provoqué par une coudure, un volvulus de l'appendice iléo-cœcal.

Enfin, l'endarthérite trombosante d'une des branches de

l'artère appendiculaire est à citer dans la pathogénie mécanique de la rupture de l'appendice.

On sait que cette artère appendiculaire, cheminant sur le bord libre du méso-appendice jusqu'à son extrémité, envoie tout le long de son trajet des ramifications qui se disposent en échelle suivant toute la longueur de l'appendice.

Il n'est donc pas douteux qu'une oblitération d'une de ces ramifications déterminera une sclérose annulaire de son territoire d'irrigation pouvant aboutir à la rupture de l'appendice à ce niveau.

RÉCAMIER (Société d'Anatomie de Paris 1905) cite le cas d'une rupture dans la cavité abdominale d'un appendice à hyper-sécrétion mucoïde.

PHYSIO-PATHOLOGIE

Envisageons à présent le comportement de l'appendice amputé ou, plus précisément, les lésions provoquées par son infection, enfin sa destinée finale suivant ces lésions.

Et tout d'abord, les cas d'auto-amputation observés précocement ont permis de constater une oblitération rapide des deux bouts à peu près constante.

Le fragment d'appendice détaché va s'infecter et déterminer des lésions de voisinage. Avant d'étudier ces diverses lésions, comment expliquer cette infection du fragment appendiculaire?

DELMAS pense que le mécanisme de l'exaltation microbienne en vase clos est très discutable et admet surtout deux sortes d'infection.

1° Par voie lymphatico-sanguine si le méso appendice est conservé;

2° Par voie sanguine si le fragment s'est greffé sur le péritoine ou dans le voisinage.

Les lésions provoquées varient suivant que la rupture a eu lieu en péritoine libre ou bien défendu.

En péritoine non défendu, il se produit une péritonite généralisée; l'appendice est le plus souvent trouvé flottant dans le pus de la cavité péritonéale (observation de DELORME, de BERGER et SIMON).

En péritoine défendu: l'amputation a eu lieu dans des cir-

constances favorables, soit que le processus infectieux ait évolué plus lentement, soit qu'il y ait eu de la part du sujet une résistance plus grande. Un barrage s'est organisé autour de l'appendice amputé. Des adhérences péritonéales, un bloc d'épiploïte renforcé par les anses intestinales venant s'accoler à lui ont constitué une barrière protectrice isolant l'abcès péri-appendiculaire de la cavité abdominale (Cas de BONNEAU, JUDD, WAGNER, PERAIRE). Et ces cas de cloisonnement et d'arrêt des lésions pour si providentiels qu'ils puissent paraître au premier abord ne le sont que provisoirement, car, en cédant momentanément à une simple thérapeutique médicale (diète, glace), ils seront la cause de la méconnaissance de l'amputation et par suite, de l'apparition de récidives postérieures.

D'après LOUBAT et LATASTE, le segment appendiculaire aurait trois destinées différentes et suivant les cas il y aurait :

- 1° Résorption avec les autres éléments inflammatoires;
- 2° Elimination avec le pus de l'abcès péri-appendiculaire qui le renferme, par ouverture spontanée ou chirurgicale;
- 3° Greffe sur le péritoine. Dans ce dernier cas, des adhérences aux parties voisines ou la persistance du méso et de ses artères assureraient sa nutrition.

LÉVY affirmait qu'un appendice amputé spontanément ne pouvait se résorber. BERGER et SIMON semblent bien avoir prouvé le contraire en publiant le cas d'un appendice auto-amputé en voie de résorption déjà avancée le septième jour après la crise ayant déterminé la rupture.

Les observations de DELORME (Appendice détaché du cœcum et éliminé avec le pus d'un abcès péri-cœcal) et

celle de BONNEAU (élimination du segment appendiculaire par fistulisation) illustrent la seconde variété de destinée du segment appendiculaire.

Enfin, on a constaté des cas de véritable greffe sur le péritoine. Sa nutrition est alors assurée par symbiose avec les parties voisines ou par la persistance du méso et de ses artères. Les récidives par réinfection de ce fragment greffé sont alors habituelles.

Ces quelques considérations s'appliquent au fragment distal amputé, mais de son côté le segment cœcal donnera lieu aux mêmes processus infectieux: la rupture de l'appendice donne donc à celui-ci une valeur pathologique double.

CLINIQUE

Le diagnostic de la rupture de l'appendice est souvent une impossibilité, et s'il existe des cas de perforation évidente pouvant faire soupçonner cette amputation, on assistera le plus souvent aux manifestations banales d'une simple crise d'appendicite, ou d'une péritonite localisée ou généralisée comme en témoignent nos observations.

D'autre part, les récidives provoquées par le fragment non extirpé seront également d'un diagnostic étiologique très difficile, surtout si une appendicectomie antérieure, que l'on a cru complète, a déjà été faite. On pensera suivant la topographie des signes à une salpingite, une cholecystite, à un foyer d'épiploïte.

MÉNARD, étudiant l'évolution clinique des lésions causées par un fragment d'appendice en rétention intra-abdominale après appendicectomie incomplète, décrit plusieurs modalités de cette évolution « allant depuis la plus grave complication jusqu'à l'apparence de guérison presque définitive ».

C'est ainsi qu'il a observé:

- 1° Des cas d'accidents immédiats graves, parfois même mortels;
- 2° Des cas de fistulisation d'abcès à la peau;
- 3° Des cas de guérison apparente avec ou sans rechute.

1° Ce sont les cas de septicémie, brusques, dus à ce que la portion d'appendice non extirpée continue à verser ses toxines dans le sang.

Le malade, adynamique, a une température élevée, un pouls rapide, un teint terreux, un facies grippé, prostré, des sueurs; il urine peu ou pas du tout. Localement, le ventre est à peine météorique, mais la température monte et la mort s'ensuit du deuxième au sixième jour, dans l'agitation et le délire le plus complet. c'est la réalisation du tableau clinique de l'appendicite septicémique hypertoxique.

Dans certains cas, l'infection, vers le cinquième ou le sixième jour, va se limiter au péritoine. Des signes locaux: ventre tendu et douloureux, un facies péritonéal, une température élevée, un pouls mauvais, des vomissements, une constipation opiniâtre, parfois même une diarrhée fétide, feront diagnostiquer une péritonite généralisée;

2° La cicatrisation ne s'étant pas faite en un point au niveau de l'incision, il se produit à ce niveau un écoulement de pus. Tant que le fragment d'appendice demeurera, il n'y aura pas d'oblitération de cet orifice.

BONNEAU publiant un cas d'élimination du segment appendiculaire par cette fistule, insiste sur un signe important constaté dans les cas de fistules provoquées par la présence intra-abdominale de l'appendice:

« Il y a surtout un signe qui ne trompe pas, c'est l'odeur persistante de poisson pourri; quand cette odeur se maintient, même si l'écoulement est réduit à zéro, on peut être à peu près certain qu'il y a un corps étranger à éliminer. D'autre part, les bords de la plaie resteront livides, les bourgeons charnus, œdémateux. »

3° Les cas de guérison apparente après la crise ayant déterminé la rupture sont très fréquents, surtout si l'on a institué une thérapeutique locale sédative. Mais ils ne cons-

CLINIQUE

Le diagnostic de la rupture de l'appendice est souvent une impossibilité, et s'il existe des cas de perforation évidente pouvant faire soupçonner cette amputation, on assistera le plus souvent aux manifestations banales d'une simple crise d'appendicite, ou d'une péritonite localisée ou généralisée comme en témoignent nos observations.

D'autre part, les récidives provoquées par le fragment non extirpé seront également d'un diagnostic étiologique très difficile, surtout si une appendicectomie antérieure, que l'on a cru complète, a déjà été faite. On pensera suivant la topographie des signes à une salpingite, une cholecystite, à un foyer d'épiplôite.

MÉNARD, étudiant l'évolution clinique des lésions causées par un fragment d'appendice en rétention intra-abdominale après appendicectomie incomplète, décrit plusieurs modalités de cette évolution « allant depuis la plus grave complication jusqu'à l'apparence de guérison presque définitive ».

C'est ainsi qu'il a observé :

- 1° Des cas d'accidents immédiats graves, parfois même mortels;
- 2° Des cas de fistulisation d'abcès à la peau;
- 3° Des cas de guérison apparente avec ou sans rechute.

1° Ce sont les cas de septicémie, brusques, dus à ce que la portion d'appendice non extirpée continue à verser ses toxines dans le sang.

Le malade, adynamique, a une température élevée, un pouls rapide, un teint terreux, un facies grippé, prostré, des sueurs; il urine peu ou pas du tout. Localement, le ventre est à peine météorique, mais la température monte et la mort s'ensuit du deuxième au sixième jour, dans l'agitation et le délire le plus complet, c'est la réalisation du tableau clinique de l'appendicite septicémique hypertoxique.

Dans certains cas, l'infection, vers le cinquième ou le sixième jour, va se limiter au péritoine. Des signes locaux: ventre tendu et douloureux, un facies péritonéal, une température élevée, un pouls mauvais, des vomissements, une constipation opiniâtre, parfois même une diarrhée fétide, feront diagnostiquer une péritonite généralisée;

2° La cicatrisation ne s'étant pas faite en un point au niveau de l'incision, il se produit à ce niveau un écoulement de pus. Tant que le fragment d'appendice demeurera, il n'y aura pas d'oblitération de cet orifice.

BONNEAU publiant un cas d'élimination du segment appendiculaire par cette fistule, insiste sur un signe important constaté dans les cas de fistules provoquées par la présence intra-abdominale de l'appendice:

« Il y a surtout un signe qui ne trompe pas, c'est l'odeur persistante de poisson pourri; quand cette odeur se maintient, même si l'écoulement est réduit à zéro, on peut être à peu près certain qu'il y a un corps étranger à éliminer. D'autre part, les bords de la plaie resteront livides, les bourgeons charnus, œdémateux. »

3° Les cas de guérison apparente après la crise ayant déterminé la rupture sont très fréquents, surtout si l'on a institué une thérapeutique locale sédative. Mais ils ne cons-

CONDUITE A TENIR

Est-il besoin de rappeler que dans le cas où le médecin aura la bonne fortune de voir le malade dans les 24 ou même les 36 premières heures après la crise, le moindre soupçon d'appendicite devra faire envisager une opération sur l'heure?

Outre qu'il est impossible de savoir quelles seront les complications d'une appendicite dans les heures qui vont suivre, une opération précoce décèlera dans les cas que nous étudions un appendice en voie de rupture ou même absolument amputé.

Avant l'opération, comme le conseille DELMAS, la recherche de certains signes cliniques pourra aider le chirurgien dans l'orientation de son opération. Il devra s'appliquer à faire préciser la topographie des douleurs, à rechercher les signes d'appendicite rétro-cœcale: douleur à l'extension de la cuisse, participation hépatique ou pleurale, symptômes physiques éloignés de la paroi antérieure et reportés vers la paroi postéro-externe, à rechercher la forme pelvienne avec symptômes annexiels, vésicaux ou rectaux. Il sera aidé en cela par les données précieuses de l'examen radiologique.

Pendant l'opération, le chirurgien devra éviter l'erreur d'une appendicectomie incomplète par méconnaissance de

l'auto-amputation, et, à ce sujet, existe-t-il des moyens permettant de s'assurer que l'appendice est complet?

Nous avons vu déjà que l'extrémité de l'appendice amputé est sclérosée et ne présente pas la frange graisseuse habituelle.

MÉNARD indique un moyen de vérification de l'intégrité de l'appendice consistant à repérer et à suivre l'artère appendiculaire... Celle-ci naît de la partie terminale de la mésentérique supérieure au niveau de l'angle iléo-cœcal, chemine à la face postérieure de l'iléon, s'engage dans le méso-appendice dont elle suit le bord libre jusqu'à son extrémité et se termine à la pointe de l'appendice.

En réalité, ce repérage n'est pas toujours facile.

Un deuxième procédé, d'une valeur certaine, consiste après l'opération, à ouvrir l'appendice de la base à la pointe. Outre les lésions de la muqueuse, on examine la surface de section. Elle doit présenter trois tuniques superposées de dedans en dehors. Ce sont: la muqueuse, la musculieuse avec sa couche interne formée de fibres longitudinales, et sa couche externe de fibres lisses, et enfin la séreuse.

Si à l'extrémité distale, ces couches ne se continuent pas régulièrement en dôme au fond de l'organe, si au contraire à ce niveau on trouve une muqueuse recroquevillée, noyée dans du tissu fibreux, on pourra affirmer que l'appendice n'est pas complet.

Mais, l'amputation ayant été reconnue, une autre difficulté peut se présenter, le bout distal n'étant pas toujours facile à repérer. Après avoir exploré au doigt la région du carrefour iléo-appendiculaire, on devra s'attacher à suivre le méso-appendice. Si on n'a rien trouvé, on explorera consciencieusement la fosse rétro-cœcale et ses diverticules, la zone rétro-colique droite jusqu'à la face inférieure du foie.
« L'exploration du petit bassin sera faite avec une valve

assez longue, en s'aidant de l'éclairage artificiel, le malade étant en Trendelenbourg. On vérifiera successivement les vaisseaux iliaques, les annexes, la paroi antérieure de la fosse iliaque, la vessie et le recto-sigmoïde » (DELMAS).

En aucun cas, dès que l'on a trouvé le fragment recherché, on ne le décolera sans voir ce que l'on fait car on s'exposerait à une hémorragie par rupture de la vascularisation assurant sa vitalité.

Enfin, dans les cas où l'opération complète paraît contre-indiquée (mauvais état du sujet, tendance spéciale à l'hémorragie, friabilité toute spéciale de l'intestin) il faudra se contenter de drainer largement la cavité péritonéale.

OBSERVATIONS

(recueillies dans le service de chirurgie
de Monsieur le Professeur MASSABUAU)

OBSERVATION I

Nicolas G..., 59 ans, journalier, entre dans le service le 24 décembre 1931 pour des douleurs abdominales.

Le 12 décembre, vers 18 heures, vomissements alimentaires.

Le lendemain, il se purge et dans les deux ou trois jours qui suivent il ressent de violentes douleurs dans le ventre. Appelé, le docteur lui ordonne des applications de glace sur le ventre et un régime alimentaire. Au bout de 12 jours, les douleurs ne faisant que s'accroître, l'hospitalisation lui est conseillée.

Examen. — Température: 39°6. A la palpation plastron au niveau de la région appendiculaire, point de Mac Burney douloureux. Les douleurs primitivement étendues à presque tout l'abdomen se localisent à droite.

Le malade est mis à la diète hydrique. On continue les applications de glace sur l'abdomen. Ce traitement amène en trois jours une chute de la température à 37°. Le ventre s'assouplit, les douleurs paraissent se calmer. Le point de Mac Burney reste douloureux. Bon état général.

Une intervention chirurgicale est décidée le 8 janvier avec un diagnostic pré-opératoire d'appendicite aiguë refroidie.

Intervention (MASSABUAU, GUIBAL) : Appendicéctomie partielle.

Compte rendu: Appendice détruit aux trois quarts, seule sa base subsiste sous forme d'un moignon de 2 cm. de long. Le reste de l'appendice est réduit en une bouillie fongueuse gangrénée, mal limitée et plaquée contre la paroi cœcale et iléale. Il existe à 3 cm. en dehors du moignon appendiculaire un deuxième moignon aux parois lisses et saines qui paraît être un diverticule cœcal. Ces deux moignons sont l'un et l'autre disséqués, liés et sectionnés au thermo. La masse fongueuse du corps de l'appendice qui n'est pas disséquable est curettée.

Drain en caoutchouc 27 dans la cavité iléo-cœcale.

Suites opératoires:

9 janvier 1932: Température 39°. Langue rôtie. Myosis. Quelques nausées. Douleurs abdominales.

Traitement: Sérum glucosé, 250 cc.

Scillarène intra-musculaire, 2 cc.

10 janvier: Température 39°. Langue plus humide. Odeur fétide du pansement; plaie en bon état. Un liquide noirâtre (sang vieilli et pus, pas de matières), s'écoule par le drain.

11 janvier: Un liquide rouillé, fétide, a imprégné le pansement.

Température, 37°4. Azotémie, 0 gr. 85.

Issue de matières fécales liquides par le drain.

Fistule stercorale.

Traitement: Lavement anti-azotémique donné lentement.

Scillarène = XX gouttes par cc.

Sérum glucosé: 500 cc.

20 janvier: Ecoulement des matières beaucoup moins abondant par la fistule stercorale.

27 janvier: Ecoulement tari.

Examen histo-pathologique des deux fragments d'appendice:

Les deux fragments représentent bien des portions d'appendice: en effet, on y reconnaît les divers éléments conjunctivo-musculaires qui entrent normalement dans la constitution de la paroi de cet organe, mais ce qui manque à ces deux fragments ce sont la muqueuse et la sous-muqueuse, avec les follicules clos. A leur lieu et place se trouve un tissu de granulation riche en éléments inflammatoires divers (lymphocytes et polynucléaires) avec des foyers de nécrobiose comme l'on a coutume d'en observer au cours de l'appendicite gangréneuse.

OBSERVATION II

Emile D..., 50 ans, cultivateur, entre à l'hôpital le 24 janvier 1932 pour des douleurs aiguës dans la fosse iliaque droite. Depuis 4 ans, il souffre de douleurs dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs sont peu intenses, sourdes, très fréquentes, sans aucune sensation nauséuse.

Le 23 janvier, à la suite d'ingestion d'une grosse quantité de légumes crus, il fut pris brusquement d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite. A ce moment: vomissements alimentaires. La douleur ne s'atténuant pas, il prend cinq lavements successifs jusqu'à effet.

Le 24 janvier, la douleur est plus intense. Température 39°. Nausées permanentes, le malade rejette tout ce qu'on lui donne. Comme antécédents personnels, on note qu'il s'agit d'un gazé de guerre, pensionné à 100 %. B. K. dans les crachats. Il suit un traitement aux sels d'or depuis deux mois.

Examen: Le ventre présente une légère voussure à droite

à jour frisant. Défense musculaire très nette à droite. Hyperesthésie cutanée très prononcée au niveau de la fosse iliaque droite. Réflexes cutanés abdominaux abolis à droite, persistants à gauche.

Toucher rectal: on sent à droite une petite masse, très douloureuse, qui bombe légèrement dans le rectum.

Opération (24 janvier: GUIBAL, ZACKAYM).

Extériorisation d'une masse dure, violacée, contenant:

- 1° le fond de l'appendice (4 cm. de l'organe: amputation spontanée);
- 2° deux ganglions volumineux;
- 3° graisse environnant le tout.

Dissection et libération du moignon amputé.

Recherche du bout proximal de l'appendice: on sculpte aux ciseaux dans la paroi cœcale postérieure un fragment de 3 cm. de long, noyé dans des adhérences dures et fibreuses. Ligature. Section au thermo. Petit surjet de péritonisation sur le lit de ce moignon après badigeonnage iodé.

Diagnostic opératoire: Amputation spontanée de l'appendice avec organisation fibreuse environnante. Poussée aiguë avec pyo-appendice dans le segment amputé, distal.

Examen des segments: Le segment distal contient de 1 à 2 cc. de pus épais, chocolaté; la muqueuse est tomenteuse et lardacée. La séreuse est rouge vineux. Le segment proximal est fibreux, ne présente pas de signes d'inflammation aiguë actuelle.

Suites opératoires fatales.

Examen histo-pathologique:

Les deux fragments appendiculaires présentent des lésions inflammatoires suraiguës. On y distingue une desquamation à peu près totale de la muqueuse avec congestion et hypertrophie intenses des follicules clos: ceux-ci forment de véritables abcès.

Quant aux couches conjonctivo-musculaires de la paroi elles sont profondément infiltrées par des globules blancs polynucléaires. En un point, les lésions ulcéreuses de la muqueuse gagnent les couches musculaires profondes, au niveau desquelles le processus inflammatoire atteint son maximum. La séreuse, elle aussi, est fortement congestionnée.

Il s'agit d'appendicite ulcéreuse avec abcès.

OBSERVATION III

Isabelle R..., 22 ans, entre à l'hôpital sur les conseils de son médecin, le 10 février 1933, pour des douleurs abdominales. Il y a deux ans, la malade a présenté une crise abdominale douloureuse, localisée dans la fosse iliaque droite et ayant duré une huitaine de jours. Température 39°, 39°5. Vomissements. Pas de constipation. On lui fait à ce moment des applications de glace sur le ventre.

Depuis, la malade n'a pas eu d'autres crises, mais de temps en temps, elle souffre du côté droit, surtout au moment de ses règles.

Dernièrement, elle semble avoir fait une poussée grippale à l'occasion de laquelle elle a de nouveau souffert du côté droit.

A l'examen, on note quelques grosses varicosités dans la région hypogastrique, une contracture assez accentuée de la partie supérieure du grand droit, un point de Mac Burnay très douloureux.

Opération (13 février, MASSABEAU, GUIBAL): Appendicectomie sans enfouissement.

Diagnostic opératoire: A-t-on à faire à une malformation congénitale? à une amputation spontanée cicatrisée?

L'appendice est en deux fragments de 1 cm. de long environ chacun, aveugles à leurs extrémités libres. Les extrémités sont reliées l'une à l'autre par un mince cordon blanchâtre (filet cicatriciel inflammatoire? Sténose cylindrique congénitale?)

Le méso est intact, libre. On y suit les vaisseaux.

L'irrigation du segment distal est parfaitement assurée.

Examen histologique:

En amont et en aval du rétrécissement on a affaire à une oblitération complète de la lumière appendiculaire avec sclérose de la paroi. Au niveau du rétrécissement on ne trouve plus que quelques fibres musculaires et quelques filets nerveux, le cordon fibro-musculaire représente vraisemblablement un rétrécissement cicatriciel.

OBSERVATION IV

François G..., 57 ans, bouilleur de cru, se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite depuis 5 jours et entre dans le service le 3 août 1932.

Le jeudi 28 juillet, il est pris, en bonne santé, d'une douleur assez vive dans le flanc droit qui dure un quart d'heure. Le soir, il dîne normalement et la nuit il dort bien.

Le vendredi 29, à 8 heures, douleur de torsion et de tiraillement dans le flanc droit. Il va deux fois à la selle en diarrhée. Les urines sont rares et très foncées.

Par la suite, il a des vomissements et souffre de douleurs sourdes abdominales qui le décident à entrer à l'hôpital.

A l'examen, on trouve un ventre gros et tendu, dont la paroi adipeuse gêne la palpation. Résistance de la paroi sur toute l'étendue du flanc droit. Douleur à la pression du

point de Mac Burney et du Lenz. Empâtement profond.

Examen radiologique :

Le transit intestinal s'effectue dans les délais normaux. La dernière anse du grêle, le cœcum et le colon ascendant, bien remplis, ne présentent aucune modification de forme, de dimensions. Pas d'image pathologique des contours ou des parois. A la pression, souplesse et mobilité normales, mais douleur nette tout à fait au fond du cœcum. Appendice pas visible. En position couchée, la douleur est toujours localisée au fond du cœcum.

Opération (19 août, GUIBAL, HÉRAN).

Compte rendu: Cœcum adhérent, difficulté pour l'extérioriser ainsi que la fin de l'iléon. Dans l'angle, entre eux et sur la face postérieure du cœcum, foyer colmaté et appliqué contre la fosse iliaque. Existence d'un bloc friable dans lequel le doigt isole et dégage un segment allongé, irrégulier, frangeux, sans surface reconnaissable, long comme le petit doigt, gros comme le pouce (ce doit être un segment de l'appendice spontanément amputé, car le pédicule qui le relie au cœcum se montre après section au thermo comme une simple adhérence fibreuse et graisseuse). De la surface mise à nue par cette libération on voit en deux points sourdre une gouttelette de pus, mais pas de trajet ni d'abcès. Cette surface tomenteuse est curettée légèrement.

On met un drain 27, fenêtré, rétro-cœcal, un autre latéro-cœcal externe, deux petites mèches au-dessus et au-dessous. Le tout sort par l'angle inférieur.

Suites opératoires normales.

Examen histo-pathologique :

Le fragment d'appendice sectionné n'est qu'un bloc de tissu de cicatrice dans lequel il est impossible de retrouver les éléments de la paroi intestinale. Ce tissu fibroïde de

même que le tissu adipeux péri-appendiculaire est le siège d'infiltrations mononucléaires. Ces éléments sont le plus souvent disséminés mais, par endroits, ils s'accumulent en formant des nodules inflammatoires nettement caractérisés.

Nappes de tissu fibrinoïde résultant de la dégénérescence massive d'îlots tissulaires.

Sclérose péri-vasculaire, coïncidant autour de l'appendice avec des foyers de périvascularité chronique à mononucléaires.

Donc, très vraisemblablement, poussée aiguë et nécrotique dans un appendice présentant des lésions anciennes d'appendicite chronique.

OBSERVATION V

Claude F..., 25 ans, entrée le 15 février 1933 pour des douleurs dans le flanc droit.

Antécédents personnels: Fièvre typhoïde il y a 3 ans, pas de constipation. Règles abondantes avançant de 8 jours chaque mois. Pertes blanches abondantes. Un enfant. Pas de fausses couches.

Histoire de la maladie: Souffre depuis 3 ans, date d'un accouchement normal, de douleurs dans la fosse iliaque droite, sourdes et peu accentuées. Il y a 3 mois, la malade a accusé une nausée douloureuse un peu plus vive.

A l'examen : Mobilisation douloureuse du cœcum. Au toucher, culs-de-sac souples, ovaires douloureux et perceptibles dans le Douglas. Cul-de-sac latéral droit douloureux à la suite d'une forte pression.

Examen radiologique:

Transit intestinal normal. Le cœcum mal rempli pré-

sente un aspect nuageux à contours irréguliers. Bas-fond cœcal comme amputé par un spasme, bord interne assez rectiligne et flou. A la pression, mobilité conservée. On trouve une hypersensibilité diffuse de toute la région, mais en dedans du cœcum vers la région médiane de l'abdomen on trouve un point nettement plus douloureux et qui correspond topographiquement à une aise grêle peu mobilisable à la pression. On peut radiologiquement confirmer le diagnostic clinique d'appendicite chronique mais associée probablement à une pérityphlite et une périviscérite de voisinage.

Opérée le 17 février (MASSABUAU, GUIBAL).

Appendicectomy sans enfouissement dans la fosse iliaque droite. Ovaires sains et trompes saines. Un peu de liquide roussâtre dans la fosse iliaque droite. Appendice très adhérent à la face cœcale postéro-externe. Appendu au méso on trouve un petit segment allongé, cylindrique (est-ce un ganglion? est-ce un fragment d'appendice?) Appendice très court: 4 cm. de long, très congestionné. Le segment détaché est aveugle à chaque bout. Un examen de laboratoire a montré qu'il s'agissait d'un fragment appendiculaire.

OBSERVATION VI

Gabriel D..., 30 ans, homme d'équipe, malade depuis 5 mois, entré dans le service le 11 mars 1935, avec un diagnostic d'appendicite chronique. Il se plaint actuellement de douleurs sourdes et diffuses dans l'abdomen avec cependant prédominance dans la fosse iliaque droite.

On note comme antécédents personnels de très fréquentes coliques, une dyspepsie hyperacide habituelle.

Histoire de la maladie: Le 15 novembre 1934 il a présenté

une crise d'appendicite avec douleur, fièvre, vomissements, ayant duré une huitaine de jours, traitée par des applications de glace sur le ventre. Le 12 février 1935, nouvelle crise ressemblant à la première qui dure deux jours. Depuis, à part la persistance d'une douleur sourde dans l'abdomen il n'y a rien de particulier à signaler.

L'examen a seulement révélé un point de Mac Burney faiblement douloureux.

Examen radiologique: Résultat de l'examen: Le malade a déjà évacué une partie de la baryte, vidant ainsi son transverse et son descendant. Le reste du liquide opaque se trouve dans le cœcum ascendant et l'intestin recto-sigmoïdien.

Le cœcum est en situation normale, de mobilité légèrement réduite. On trouve un point douloureux net sur son bas-fond. On constate de plus que la partie terminale de la dernière anse grêle contient encore un peu de baryum et est légèrement dilatée.

Radiologiquement, ces signes paraissent en faveur d'une appendicite.

Une intervention chirurgicale a été pratiquée le 18 mars (MASSABUAU, M. LAUX).

Compte rendu opératoire: Le cœcum est assez difficilement mobilisable, des adhérences le retiennent à la paroi postérieure, sa surface est recouverte de néo-membranes molles. L'appendice n'apparaît tout d'abord pas. A la surface postérieure de l'angle iléo-cœcal on découvre une masse arrondie, constituée par une sorte de capsule, sous la paroi de laquelle on distingue un corps allongé. On incise cette paroi et on découvre à son intérieur l'appendice qui ne lui est adhérent que par son méso. Cet appendice n'est nullement altéré, son revêtement péritonéal est lisse. Il est gonflé, très dur et renferme deux gros ganglions dans son méso. Lorsqu'on arrive au bout de la libération de l'appen-

dice, on s'aperçoit qu'il a été détaché du cœcum avec lequel il est en continuité seulement par une adhérence.

Diagnostic post-opératoire : Amputation spontanée de l'appendice au cours de crises aiguës actuellement refroidies.

Examen histo-pathologique :

Il s'agit d'une appendicite chronique, les couches conjunctivo musculaires de la paroi sont très épaissies par suite de deux processus différents: l'un de sclérose diffuse, l'autre d'œdème inflammatoire chronique.

A noter, en outre, des signes de lymphangite transpariétale à lymphocytes qui s'observent aussi au niveau de la séreuse.

CONCLUSIONS

- 1° L'amputation spontanée de l'appendice semble être le résultat d'une appendicite nécrosante intéressant le segment appendiculaire suivant un territoire annulaire.
- 2° Le fragment proximal est caractérisé par la sclérose de son extrémité, par l'absence à ce niveau de la frange graisseuse habituelle. Le fragment distal, de rapports variés, de siège parfois difficile à déceler, présente un aspect très variable, nécessitant un examen histopathologique identificateur.
- 3° Cette auto-amputation reconnaît pour causes les processus infectieux ou mécaniques.
- 4° Les lésions péri-appendiculaires qu'elle détermine peuvent être cloisonnées par des adhérences péritonéales, ou, au contraire, se généraliser.
- 5° Le segment détaché peut se résorber, mais bien plus souvent il conserve sa vitalité grâce à la persistance

du méso ou parce qu'il se greffe dans le voisinage, sa présence dans la cavité péritonéale exposant par la suite le sujet à une rechute habituelle.

6° Il n'existe pas de signes cliniques bien caractéristiques permettant de diagnostiquer l'amputation. Parfois même elle a lieu sans crise bien nette.

7° Le chirurgien devra éviter le danger d'une appendicectomie incomplète et, pour cela, vérifier la pointe de l'appendice, rechercher le fragment aberrant, car il exposerait le sujet à des récidives entraînant des erreurs de diagnostic et des hésitations thérapeutiques regrettables.

BIBLIOGRAPHIE

- ROBINSON (G.-S.). — Ulceration of the appendix vermiformis, follo-
wed by pyaemia, 1885. (*Lancet*, London, p. 333).
- DONKIN. — Case of ulceration of the vermiform appendix. (*Med.
Press. et Circ.*, London, 1885, xxxix, p. 372).
- DELORME. — Fausse membrane éliminée avec le pus d'un abcès
péricœcal. (*Bulletins et mémoires de la Société Nationale
de Chirurgie* 1894, p. 234.)
- LETULLE (L.) et WEINBERG. — Appendicite. Recherches histo-patho-
logiques. (*Archives des Sciences Médicales*, 1897, p. 360).
- LÉPINE (R.). — Appendicite perforée, péritonite: occlusion intes-
tinale par flexion à angle aigu de l'intestin grêle causée
par de fausses membranes récentes. (*Lyon Médical*, 1897,
Tome ixxxix, pp. 220-231).
- BERNEX. — Sur un cas de gangrène de l'appendice. (*Journal Médi-
cal de Bordeaux*, 1904, xxxiv, p. 715).
- RÉCAMIER. — Rupture dans la cavité abdominale d'un appendice
à hyper-sécrétion mucoïde. (*Bulletins et Mémoires de la
Société Anatomique de Paris*, 1905, ixxx, p. 54).
- AXTELL (W.-H.). — Report of two cases of appendicitis, rupture
into the bowel, recovery. (*Internat. J. Surgery*, N. Y., 1905,
xviii, p. 176).
- FRIEDLANDER (Von). — Deux cas d'amputation spontanée de l'ap-
pendice. (*Beibl. Z. D. Mih. D. Gesellsch. F. Inn. Med. U.
Kinderh in Wien*, 1909, pp. 1.001-1.004).
- PATRICK (T.-A.). — Case of spontaneous amputation of the appen-
dix. (*West Canada M. J.*, 1909, iii, p. 125).
- SMITH (O.-C.). — (Hartford). L'appendice résiduel. (*Medical Record
New-York*, Tomelxxxviii, n° 15, 3 octobre 1910, pp. 619-
622).
- BONNEAU (R.). — Accidents provoqués par l'amputation spontanée
de l'extrémité libre de l'appendice gangréneuse. (*Paris
Chirurgical*, 1911, iii, pp. 541-546).

- DELBET (P.). — Amputation spontanée de l'appendice. (*Presse Médicale Paris*, 1912, xx, pp. 605-607).
- LOUBAT et LATASTE. — Sur un cas de l'amputation spontanée de l'appendice. (*J. de Méd. de Bordeaux*, 1913, tome XLIII, p. 472).
- PÉRAIRE (M.). — Amputation spontanée d'un appendice au cours d'une crise: appendicectomie à froid; cordon fibreux reliant les deux moignons. (*Paris Chirurg.*, 1913, tome v, p. 698).
- WAGNER. — An appendix free in the abdominal cavity without suppurative peritonitis. (*Med. Rec. New-York*, tome LXXXIV, p. 339).
- LÉVY (R.). — Amputation spontanée de l'appendice. (*Berlin Klin. Wochenschrift*, 1914, LI, p. 374).
- JUDD (J.-R.). — A specimen of auto-amputation of the appendix. (*J. of. Ann. Med. Ass. Chicago*, oct. 1915, LXV, p. 1.179).
- BONNEAU. — Appendices anatomiquement introuvables. (*J. de Méd. et de Chir. pratiques*, 25 nov. 1922).
- LE GAC et FOURNIER. — Appendicite suraiguë par perforation d'emblée du segment distal de l'appendice indépendant, sectionné et isolé de la portion proximale au cours d'une crise antérieure. (*Société d'Anatomie de Paris*, 1922, p. 322).
- HAMANT (A.) (Nancy). — Les séquelles appendiculaires après abcès. Faut-il toujours enlever l'appendice? (*Revue Médicale de l'Est*, tome LI, 1923, pp. 116-120).
- DELMAS (E.). — Les amputations spontanées méconnues de l'appendice. (Thèse de Paris, 1924).
- BÉRARD (A.), CHALIER, PERRIN. — Observations sur un cas d'amputation spontanée de l'appendice. (Société de Chirurgie de Lyon, octobre 1924).
- KOCH (B.) (Cologne). — Sur les récidives tardives après les abcès appendiculaires. (*Zentralblatt für Chirurgie*, LI, n° 9, 1^{er} mars 1924, pp. 340-344).
- RESSCHKLE (K.). — Récidives après abcès appendiculaires. (*Medizinische Klinik*, tome xx, n° 6, 10 février 1924, pp. 174-176).
- CHEVASSUS (Mlle) et PATEL. — Appendicectomies secondaires après incision d'un abcès appendiculaire. (Société Nat. de Méd. et des Sciences Méd. de Lyon, 14 janvier 1925).
- LEVEUF (J.) et MORUZI (A.). — Volvulus de l'appendice iléo-cœcal. (*Archives des Mal. de l'app. digestif*, Paris, 1925, xv, pages 1009-1001).
- MÉNARD (E.). — Les appendicectomies incomplètes. (Thèse de Paris, 1926).
- Mc. FADDEN (C.-D.-F.). — Torsion of the mesic appendix associated with gangrene and rupture of appendix. (*Brit. M. J. London*, 1926, II, p. 1223).

- KIRKWOOD Jr. (R.J.). — Spontaneous amputation of appendix. (*Boston Med. and Surg. J.*, 24 novembre 1927, p. 197).
- RAZZABONI (G.). — Abscès appendiculaire consécutif à une auto-amputation de l'appendice. (*Arch. ital. di Chirurgia* 18, 1927, p. 114).
- PITAL (A.-V.). — Self detachment of appendix in cases of acute inflammatory processess. (*Vrach. gaz.* 32, pp. 1.424 à 1.427, 31 octobre 1928).
- JONES (F.-A.). — Rupture of appendix with extensive peritonitis ; when shall we operate? (*Keutucky M. L.* 26, janvier 1928, pp. 8-10).
- MILLER (E.-M.). — Rupture of appendix with acute obstinal obstruction. (*S. clin. North America* 9, avril 1929, pp. 487-492).
- SOLI (D.). — Amputation spontanée de l'appendice. (*Reforma Med.* 46, 10 mars 1930, pp. 363-366).
- GUTTIEREZ (A.). — Auto-amputation of inflamed appendix. (*Cultura Med. Mad.*, 10 octobre 1931, pp. 763-767).
- ARETA (T.). — Free appendix in abdominal cavity, filtration of toxins through walls causing chronic peritonitis. (*Semana Med.*, 7 avril 1932, pp. 1.125-1.126).
- REGELE (E.). — Un caso di amputazione spontanea dell'appendice. (*Rev. med. permana* 5, février-mars 1933, pp. 692-696).
- SALAS-ASCENCIOS (M.). — Appendicitis with spontaneous scission case in tuberculous syphilitic patient. (*Rev. med. peruana* 5 février-mars 1933, pp. 692-696).
- SENTELL (C.-S.). — Use of cecostomy in treatment of ruptured appendix. (*Tri Stall M. J.*, 5 août 1933, pp. 1.143-1.146).
- BERGER (Jean) et SIMON (Roger). — Evolution vers la résorption d'un appendice amputé spontanément et flottant dans un abcès. (*Bull. et Mém. de la Société Nat. de Chirurgie*, n° 25, 21 juillet 1934).
- RHODE (C.). — Spontanamputation der Appendix. (*Zeutralbl. f. Chirurgie* 61, 21 avril 1934, pp. 945-947).
- JONES (E.-S.). — Appendicostomy in cases of ruptured appendix associated with diffuse general peritonitis. (*Annales of Surgery* 99, avril 1934, pp. 640-649).

TABLE DES MATIERES

Introduction	7
Anatomo-histo-pathologie	9
Pathogénie	13
Physio-pathologie	15
Clinique	18
Examen radiologique	21
Conduite à tenir	22
Observations	25
Conclusions	36
Bibliographie	38



SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

« Contribution à l'étude de l'amputation spontanée de l'appendice »

par M. SIRERE

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 23 mars 1935.

Le Professeur,
MASSABUAU.

Montpellier, le 25 mars 1935.

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 28 mars 1935.

Le Recteur,
TAILLIART.

